

**SOLICITUD DE BOLETA PARA EL VOTANTE CALIFICADO QUE ES ADMITIDO
A UN HOSPITAL, HOGAR DE REPOSO O CENTRO DE REHABILITACIÓN
NO MÁS DE 14 DÍAS ANTES DE LAS ELECCIONES**

Para votar en las elecciones de _____ en el Condado de Lake y Estado de Illinois, en el _____ distrito electoral del (1)* Municipio de _____; (2)* la Ciudad de _____; o (3)* el Área _____ en la Ciudad de _____.

Yo declaro que estoy afiliado(a) con el partido _____ y que
(solo para elecciones primarias)
soy residente del _____ distrito electoral del (1)* Municipio de _____; (2)* la Ciudad de _____; o (3)* el Área _____ en la Ciudad de _____; con domicilio en _____ en dicha ciudad o pueblo en el Condado de Lake y el Estado de Illinois, que he vivido en dicho domicilio por _____ mes(es) pasado(s), que legalmente tengo derecho de votar en ese distrito electoral en las elecciones _____ que se realizarán en ese lugar el día _____; que yo físicamente no podré estar presente en las casillas en tal distrito electoral en la fecha que se realizarán esas elecciones por las siguientes razones:

Soy un paciente de _____ situado en
(nombre del hospital / hogar de reposo / centro de rehabilitación)
_____ en la Ciudad / Aldea de _____
(domicilio del hospital / hogar de reposo/centro de rehabilitación)
en el Condado de Lake. Fui admitido(a) por _____ en
(tipo de enfermedad o herida física)
_____ y no creo ser dado de alta del hospital, hogar de reposo o centro
(fecha de ingreso)
de rehabilitación antes o en el día de las elecciones, o, si soy dado de alta, estare confinado en casa el día de las elecciones y no podre acudir a las casillas de votación.

Por este medio solicito una boleta oficial o boletas para ser votada(s) por mí en dichas elecciones y estoy de acuerdo que deberé regresar esa boleta o boletas al oficial que emite la misma antes del cierre de las casillas en la fecha de las elecciones.

Bajo las penalidades previstas por la ley, en virtud del artículo 29 del Código Electoral, el firmante en la parte inferior certifica que las declaraciones establecidas en esta certificación son verdaderas y correctas.

* Llene (1), (2) o (3)

Firma del solicitante

Nombre del solicitante - Por favor escriba en letra de molde

Note: Ni la solicitud de boleta ni la boleta deben ser enviadas – entrega personal solamente. Vea el reverso para las declaraciones juradas apropiadas que deben acompañar al formulario SBE No. A-12.

AFFIDAVIT OF ATTENDING PHYSICIAN

I state that I am a physician duly licensed to practice in the State of _____, in that State I have examined _____ who has been admitted to _____ located at _____ in _____ (name of hospital/nursing home/rehabilitation center (address of hospital/home/rehab center) the City of _____ and County of _____ for: _____

_____. I therefore believe that he/she will be unable to attend the polls on _____ (Insert election date).

Date Signature of Attending Physician

Date Licensed

**AFFIDAVIT OF PERSONAL DELIVERY OF BALLOT
DECLARACIÓN JURADA DE ENTREGA PERSONAL DE BOLETA**

(To Voter Admitted to Hospital/Nursing Home/Rehab Center not more than 14 days before an election.)
(Para el votante admitido(a) al hospital / hogar de reposo / centro de rehabilitación no más de 14 días antes de las elecciones.)

I, _____ do solemnly swear (or affirm) that I am:
Yo, _____ juro solemnemente (o afirmo) que soy:

- A relative of the above named admitted voter./ *Un pariente del votante admitido mencionado anteriormente.*
- A registered voter of the same precinct as the admitted voter./ *Un votante registrado que pertenece al mismo distrito electoral que el votante admitido.*

I further state that _____, who has been admitted to a hospital/nursing home/rehabilitation center, has requested that I obtain and deliver to him/her an absentee ballot, to be voted by him/her, for personal delivery by me. I further state that upon completion of voting I shall return said ballot securely sealed by the voter to the election authority prior to the closing of the polls on the date of the election.

Además declaro que _____, quien ha sido admitido a un hospital / hogar de reposo/ centro de rehabilitación, me ha pedido que yo obtenga y entregue a él / ella una boleta de voto ausente, que será votada por él / ella, y entregada personalmente por mí. También declaro que al terminar de la votación de dicha boleta yo regresare esa misma, sellada de manera segura por el votante, a la autoridad electoral antes del cierre de las casillas en el día de las elecciones.

Date/Fecha Signature of Relative or Registered Voter of the Precinct/
Firma del Pariente o votante registrado del distrito electoral

Subscribed and sworn to (or affirmed) by _____ before me, on _____ (insert month, day, year)

(SEAL) _____ Notary Public

**The Affidavit for Personal Delivery of Ballot is to completed and notarized in the office of the Election Authority.
La DECLARACIÓN JURADA DE ENTREGA PERSONAL DE BOLETA deberá ser llenada y notariada en la oficina de la autoridad electoral.**